

نموذج تقرير حادث – Accident Report Form

A. When and where – الوقت والمكان

| | | |
|-------------------|--|------------------------|
| 1. Date: التاريخ: | 2. Time PM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> : الوقت: | 3. Place: موقع الحادث: |
|-------------------|--|------------------------|

If there was a vehicle accident, go to box B. If not, go to box C.

إذا كان هناك حادث سيارة، يرجى تعبئة الجزء رقم B، وفي حال غير ذلك، اذهب مباشرة للجزء رقم C.

B. Vehicle accident – حادث سيارة

| | | |
|---|---|---|
| 1. Name of Driver: اسم قائد السيارة: | 2. Staff Number: الرقم الوظيفي: | 3. Job Title: المسمى الوظيفي: |
| 4. Vehicle Type: نوع السيارة: <input type="checkbox"/> Car - <input type="checkbox"/> Sales Van - <input type="checkbox"/> Truck | 5. Fleet No.: رقم الأسطول: | 6. Plate Number: رقم اللوحة: |
| 7. Year of Make: سنة الصنع: | 8. Brand Model: النوع أو الموديل: | 9. Third Party Involved? هل يوجد طرف آخر في الحادث? <input type="checkbox"/> Yes. <input type="checkbox"/> No. |
| 10. Damage to Nadec Vehicle: مقدار الضرر الحاصل لسيارة الشركة: 1. 2. 3. 4. | 11. Damage to Third Party Vehicle: الضرر الحاصل للطرف الآخر: 1. 2. 3. 4. | |
| 12. Estimated Vehicle Repair Cost: التكلفة التقديرية لإصلاح المركبة: | 13. Estimated Payment to/for Third Party: المبلغ التقديري للطرف الآخر: | |
| 14. Police Report available? هل يوجد تقرير للشرطة? <input type="checkbox"/> Yes. <input type="checkbox"/> No. | 15. Nadec liability? هل تتحمل نادك المسؤولية? <input type="checkbox"/> Yes. <input type="checkbox"/> No. | 16. Photos enclosed? هل هناك صور مرفقة? <input type="checkbox"/> Yes. <input type="checkbox"/> No. |

If there was an injury, go to box C. If not, go to box D.

إذا كان هناك إصابات، يرجى تعبئة الجزء رقم C، وفي حال غير ذلك، اذهب مباشرة للجزء رقم D.

C. About the injured person (s) – معلومات الأشخاص المصابين

| | | |
|--|--|---|
| 1. What is their name? أسماء المصابين: 1. 2. 3. | 2. Are they a: هل هم: <input type="checkbox"/> Contractor - مقاول <input type="checkbox"/> Employee – موظف <input type="checkbox"/> Other – آخرين | 3. How can they be contacted? كيفية التواصل معهم: 1. 2. 3. |
| 4. What is their staff number? الرقم الوظيفي: | 5. What is job title? المسمى الوظيفي: | 6. What department do they normally work in? الإدارة التي يعملون بها: |
| 7. What date was this reported to the GOSI Clerk, HR? | | تاريخ إبلاغ المؤسسة العامة للتأمينات، وإدارة الموارد البشرية عن الحادث: |
| 8. Describe their injuries. Give the part of the body affected and state left/right where appropriate. 1. 2. 3. | | صف بدقة نوع الإصابة: |

D. About the incident – معلومات عن الحادث

| |
|--|
| 1. What happened? Describe the sequence of events leading up to the accident. Give dimensions e.g. speeds, heights, weights, etc. where these are relevant to the cause of the accident. اشرح ما الذي حدث، واسرد الخطوات التي قادت لوقوع الحادث. اذكر الأبعاد مثل السرعة، الارتفاع، الوزن، وغيرها بحسب أهميتها لأسباب الحادث. 1. 2. 3. 4. 5. |
| 2. Why did it happen? Give your opinion as to why the accident happened. Were there unsafe conditions that contibuted? e.g. |

faulty equipment, slippery conditions. What did the man do or not do that contributed? E.g. was he speeding, did he try to lift too much, did he not wear PPE?

في رايك ما سبب وقوع هذا الحادث؟، وهل كان هناك بعض المخاطر التي ساهمت في حدوثه؟ مثل عيوب المعدات والأدوات، حالات انزلاق. وما الذي فعله الشخص او لم يفعله مما ساهم في وقوع الحادث؟ مثل السرعة، زيادة الحمولة، أو ارتداء أدوات الحماية الشخصية.

1.
2.
3.
4.

3. Give the name and address of any witnesses. اذكر اسماء وعناوين شهود الحادث.

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Name: Address: Contact No: | Name: Address: Contact No: |
|----------------------------------|----------------------------------|

**4. If First Aid was given, state by whom and what was done.
First Aid treatment given by:**
في حال تم عمل الإسعافات الأولية، اذكر من الذي قام بذلك وما فعل تحديداً؟

**5. If First Aid was not given, state why:
First Aid was not given because:**
في حال عدم عمل الإسعافات الأولية، اذكر لماذا؟

6. If the injured person attended hospital, give details:
في حالة دخول الشخص المصاب للمستشفى، اذكر التفاصيل:

1.
2.
3.

• Name and address of hospital: اسم وعنوان المستشفى:

1.

E. Action taken to prevent a recurrence. الإجراء المتخذ لمنع تكرار الحادث:

1. State what you did or what you intend to do to stop this sort of accident happening again.
اذكر ما الذي فعلته أو ما الذي تنوي فعله لمنع تكرار مثل هذا النوع من الحوادث مستقبلاً:

1.
2.
3.
4.
5.

F. Who is making this report? بيانات الشخص الذي اعد هذا التقرير:

| | | | |
|-----------------|---------------------|-------------------------------|-----------------|
| 1. Name: | 2. Position: | 3. Department or site: | 4. Date: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

| | | |
|---------------------------------------|---------------------|----------------|
| Location Manager's Name: مدير الموقع: | Signature: التوقيع: | Date: التاريخ: |
| _____ | _____ | _____ |